



**FUNDACION  
AVANZAR  
FOS**

**FORMULARIO UNICO PARA CONOCIMIENTO DE CONTRAPARTES "SARLAFT/FPADM"**

Codigo: PIN-PNN-P01-F01

Version: 01

Fecha: 29/09/2022

Fecha de diligenciamiento	Dia	Mes	Año	Ciudad	Departamento	Tipo de solicitud	Vinculación <input type="checkbox"/>
							Actualización <input type="checkbox"/>

Por favor señale el tipo de relación comercial que tiene o va a tener con la FUNDACIÓN AVANZAR FOS

Proveedor  Cliente  Prestador de servicios de salud  Otro

**1. INFORMACIÓN PERSONA NATURAL**

Si usted es una persona natural, por favor complete los campos con los datos requeridos a continuación, de lo contrario diligencie "No aplica o N/A" en todos los campos.

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Tipo de identificación	Numero de identificación	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Profesión, oficio u ocupación		Cod CIU	Teléfono fijo
Teléfono celular	Correo electrónico	Dirección de residencia		Ciudad	Departamento	

**2. INFORMACIÓN PERSONA JURIDICA**

Si usted es una persona jurídica, por favor complete los campos con los datos requeridos a continuación, de lo contrario diligencie "No aplica o N/A" en todos los campos.

Razón social	NIT	DV	Tipo de empresa			
			Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Actividad económica	Cod CIU	Clase de sociedad		Régimen		
		Anónima <input type="checkbox"/>	SAS <input type="checkbox"/>	Limitada <input type="checkbox"/>	¿Otra? <input type="checkbox"/>	Responsable de IVA <input type="checkbox"/>
					No responsable de IVA <input type="checkbox"/>	Gran contribuyente <input type="checkbox"/>
						Autorretenedor <input type="checkbox"/>
Dirección principal	Ciudad		Teléfono	Correo electrónico		

**2.1 INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL**

Si usted es una persona jurídica, por favor complete los campos con los datos requeridos del Representante legal que figura en el certificado de existencia y Representación legal, de lo contrario diligencie "No aplica o N/A" en todos los campos.

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Tipo de identificación	Numero de identificación	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Teléfono	Dirección de residencia		Ciudad
						Correo electrónico

**2.2 ACCIONISTAS (APLICA PARA PERSONA JURÍDICA)**

**Instrucciones de diligenciamiento:** 1) Por favor relacione los Accionistas y/o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación para el conocimiento ampliado de Accionistas, suministre esta información para todos los Accionistas y/o asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado). 2) Si alguno de los accionistas y/o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Políticamente (PEP), sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta).

Tipo de identificación	Número identificación	Nombre	% De participación	¿Es Persona Expuesta Políticamente?

**2.3 BENEFICIARIOS FINALES**

**Instrucciones de diligenciamiento:** 1) Por favor relacione los beneficiarios finales para el conocimiento ampliado, (en caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado). 2) Si alguno de los beneficiarios finales (personas naturales) es una Persona Expuesta Políticamente (PEP), sírvase diligenciar la sección correspondiente (arriba dispuesta).

Tipo de identificación	Número identificación	Nombre	% De participación	¿Es Persona Expuesta Políticamente?

**CUESTIONARIO PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE**

Se consideran Personas Expuestas Políticamente (PEP) aquellas personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público, así mismo aquellas que se encuentran ocupando los cargos señalados en el Decreto 1674 de 2016.

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

¿Alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) tiene la condición de ser una Persona Expuesta Políticamente - PEP?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Por qué?
¿Por su cargo o actividad alguno de los administradores (Representante legal, miembros de la Junta Directiva) ejerce algún grado de poder público?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Qué cargo tiene?
¿Goza de algún reconocimiento público?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de reconocimiento?
¿Maneja recursos públicos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuáles recursos?

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como Persona Expuesta Políticamente o vinculado:

Vínculo o relación	Nombre	Tipo de identificación	Número identificación	Entidad	Cargo	Fecha de desvinculación

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

En esta sección diligencie la información financiera de la persona jurídica o natural, con la cual se esta vinculando con FUNDACIÓN AVANZAR FOS.

Total activos	<input type="text"/>	Ingresos mensuales	<input type="text"/>	Fecha de corte de la información financiera		
Total pasivos	<input type="text"/>	Egresos mensuales	<input type="text"/>	Dia	Mes	Año
Total patrimonio	<input type="text"/>	Otros ingresos mensuales	<input type="text"/>			
Concepto otros ingresos	<input type="text"/>					

**4. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

En esta sección diligencie si realiza o no operaciones internacionales, en caso de ser negativo seleccione la opción No.

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

¿Posee productos financieros en el exterior Si  No  ¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si  No

Tipo de producto	Identificación o número de producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

**5. DATOS PARA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realice la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de Abril de 2016 y modificada por la Circular Externa No.2021170000005-5 de Septiembre de 2021

**Declaro expresamente que:**

- Los recursos financieros, mi actividad, profesión y oficio como contraparte de FUNDACIÓN AVANZAR FOS, son de origen lícitos y provienen de las siguientes fuentes: **DETALLE AQUÍ LAS FUENTES DE SUS RECURSOS**  
 actividad que no se encuentra dentro de las contempladas en el Código Penal Colombiano como ilícita.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Autorizo a FUNDACIÓN AVANZAR FOS a verificar mi información en las listas vinculantes, o en las que considere pertinente como mecanismo de debida diligencia, de acuerdo a lo establecido en el numeral 5.2.2.2.1 para el conocimiento de clientes y usuarios de la Circular Externa 009 de la SUPERSALUD.
- La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- En el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a FUNDACIÓN AVANZAR FOS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.
- Haber sido informado por FUNDACIÓN AVANZAR FOS que los datos suministrados serán almacenados en las bases de datos de la organización y así mismo autorizo su tratamiento para los fines comerciales que correspondan, control y prevención de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Lo anterior teniendo en cuenta la Política de tratamiento de la información de la FUNDACIÓN AVANZAR FOS, la cual se puede consultar visitando la página Web <https://www.avanzarfos.com/>.

**7. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

**Declaro de forma libre y voluntaria que:**

- En caso de encontrarme ante un conflicto de interés lo informare de manera oportuna a la FUNDACIÓN AVANZAR FOS.
- No ofreceré ni aceptaré de forma directa o indirecta incentivos económicos a contrapartes, directivos y demás colaboradores de la FUNDACIÓN AVANZAR FOS, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de sus servicios que se prestan en la organización.

**Responda las siguientes preguntas:**

¿En la FUNDACIÓN AVANZAR FOS laboran o presta servicio de cualquier índole algún familiar suyo dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, civil o de crianza? Si  No

Si la respuesta es afirmativa por favor brindar la información solicitada

Nombre completo	Vinculo familiar/parentesco	Tipo de identificación	Numero de identificación	Cargo

¿Existe algún tipo de conflicto de interés con un miembro de la Junta Directiva? Si  No

Si la respuesta es afirmativa por favor brindar la información solicitada

Nombre completo	Vinculo familiar/parentesco	Tipo de identificación	Numero de identificación	Cargo

¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes y demás contrapartes de FUNDACIÓN AVANZAR FOS, o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta la organización? Si  No

Si existe otro tipo de conflicto de interés, indique cual es el otro tipo de conflicto de interés que se tiene con la FUNDACIÓN AVANZAR FOS:

**8. REFERENCIAS COMERCIALES**

Nombre	Ciudad	Dirección	Teléfono

**9. REFERENCIAS BANCARIAS**

Banco	No. de cuenta	Tipo de cuenta	Sucursal	Teléfono

**10. AUTORIZACION CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA**

Autorizo a FUNDACIÓN AVANZAR FOS a consignar en nuestra cuenta descrita a continuación los valores correspondientes al pago de nuestras facturas. Los datos aquí suministrados corresponden en forma EXACTA a los registrados en el banco

Nombre del beneficiario de la cuenta	No. De cuenta	Entidad Financiera	Tipo de cuenta	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
Dirección entidad	Sucursal	Ciudad	País		

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz en todas sus partes

Firma del Representante legal o persona natural

Huella índice derecho

Nombre y apellidos del funcionario que diligencia el formulario

N° de Identidad del funcionario que diligencia el formulario